



Hospital do Coração

HCor

Associação do Sanatório Sírio

REQUISIÇÃO DE EXAMES DO CD

NOME: _____ IH: _____

DATA: ____/____/____ APTO: _____ CATEGORIA: _____

IDADE: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ SEXO: _____

TEM EXAME ANTERIOR? SIM NÃO

DIAGNÓSTICO: _____

TIPO DE EXAME OU ORGÃO A SER RADIOGRAFADO: _____

JUSTIFICATIVA: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

(por extenso)

(assinatura e carimbo)